

Het rapport-Lemstra 'En waar was de patiënt...?' over de falende neuroloog in het ziekenhuis van Enschede heeft hij met plaatsvervangende schaamte gelezen. Een uitzonderlijk incident, dat wel, maar de imagoschade voor de sector is er niet minder om, vindt A. (Arie) Nieuwenhuijzen Kruseman, voorzitter van de artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). 'Het moet gauw afgelopen zijn met de vrijblijvende verdeling van verantwoordelijkheden tussen specialisten en bestuurders en het afschermen van de eigen domeinen.'

De Autoriteit | Loek Kusiak

Arie Nieuwenhuijzen Kruseman (voorzitter KNMG)

'Over marktwerking ben ik nu positiever. De patiëntbejegening is verbeterd'

Het rapport-Lemstra lijkt andermaal het belang van de governance-brief van minister Klink te bevestigen. Specialisten houden elkaar te vaak uit de wind en daarom moet het bestuur de medicus altijd kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Deelt u die diagnose?

Lemstra heb ik met plaatsvervangende schaamte gelezen. Hoewel het in Enschede een uitzonderlijk geval van disfunctioneren betreft, is het onthutsend. Een hele zuil, van bestuurders tot specialisten in de omgeving en inspectiedienst heeft gefaald. Schadelijk ook voor uitstraling van de medische beroepsgroep. Die komt nu in een defensief, en dat ondanks de KNMG-campagne 'Artsen van Nu' die nu al een tijdje loopt. In deze campagne benadrukken we het belang van verantwoordelijkheid en betrouwbaarheid en waarom collega's elkaar moeten corrigeren. Iedereen wil tegenwoordig invloed op de zorg. Voor artsen moet dat reden zijn om zich open en toetsbaar op te stellen. Laat het rapport Lemstra ook een les voor de Nederlandse arts zijn. Als beroepsgroep moeten we ons schamen dat situaties als in Twente nog voorkomen.

Naast 'Enschede' waren er de afgelopen jaren wel meer incidenten. Bleef de zorgsector niet te lang passief waardoor kansen zijn gemist?

Het had allemaal wel actiever gemogen. De verantwoording, tussen bestuur en medisch specialisten en tegenover

het grote publiek, is in een aantal gevallen tekort geschoten. Problemen over deling van verantwoordelijkheid tussen bestuur en medisch specialisten zijn vaak te wijten aan de vrijblijvende manier waarop bestuurders zijn omgegaan met de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het maakt governance heel urgent, ofwel: bestuur en medische staf moeten vaststellen wie waar voor verantwoordelijk is en met elkaar de kwaliteitsborging afstemmen. Kwaliteit voor de zorg dient een integrale verantwoordelijkheid te zijn. Heldere, bindende, samenhangende afspraken dus.

Wat moet men zich daar concreet bij voorstellen?

Artsen en ziekenhuizen kunnen afspraken over gedeelde verantwoordelijkheden vastleggen in een kwaliteitsmanifest. Dat manifest kun je doorvertalen naar toelatings- en arbeidsovereenkomsten en een zorgbrede code voor governance. Dat heeft Klink in de discussie rond zijn governancebrief ook voorgesteld. Laat het primair aan het veld over en blijf er als wetgever buiten.

Anderzijds moet je de bandbreedte die een bestuurder heeft om in te grijpen bij wanprestaties of fout gedrag van een medisch professional, ook niet overschatten. Voorbeeld: het Vlietland Ziekenhuis in Schiedam wilde een specialist ontslaan vanwege seksuele intimidatie van een cliënt. Maar van de rechter mag deze arts toch aan het werk blijven. Die zei: de arts was fout, maar ontslag is disproportioneel. Dat heb je maar te respecteren, maar ik vind het wel schokkend.



CV prof. dr. A.C. (Arie) Nieuwenhuijzen Kruseman

Nieuwenhuijzen Kruseman (60) is per 1 januari 2009 voorzitter van de KNMG. Kruseman is internist-endocrinoloog in het academisch ziekenhuis Maastricht. Eerder was hij decaan van de faculteit geneeskunde van de Universiteit Maastricht (1995-1997) en rector magnificus aan dezelfde universiteit (1998-2003). Kruseman is getrouwd met een arts en heeft drie kinderen.

De Orde van Medisch Specialisten, aangesloten bij de KNMG, werkt al enige jaren aan de invoering van functioneringsgesprekken. Tot nu toe doet de helft mee.

De Orde heeft een goede procedure voor dit soort gesprekken, maar die moet je wèl verplicht stellen. Het is nu nog te vrijblijvend, te zeer afhankelijk van de lokale bestuurscultuur in een zorginstelling. Ik vind dat binnen nu en uiterlijk twee jaar in alle ziekenhuizen functioneringsgesprekken gevoerd moeten worden. De uitkomst van zo'n gesprek moet ook voorwaarde zijn voor de periodiek verplichte herregistratie van de specialist. Zoals ook deelname aan kwaliteitsvisitaties al verplicht zijn voor herregistratie. Een raad van bestuur moet standaard geïnformeerd worden over de uitkomst en aanbevelingen van die visitaties. Ook dat gebeurt niet overal. Er zijn nog steeds medische staven die erin volharden dat het bestuur niets met de kwaliteitsvisitaties te maken heeft. Een attitude waar ik niet blij mee ben.

Het schiet allemaal niet op?

Vind ik wel. Begin 2009 rapporteerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over verplichting tot het voeren van functioneringsgesprekken, deelname aan kwaliteitsvisitaties en goede afspraken over verantwoordelijkheden van medische staf en bestuur. De KNMG en de Orde konden zich daarin vinden. Ze schreven de minister

een brief met aanbevelingen, die ook in lijn liggen met wat Lemstra voorstelt. Inmiddels zijn er controverses gerezen tussen de Orde en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Wat speelt zijn vragen als: hoe kan ik mijn verantwoordelijkheden in het speelveld enerzijds oprekken en toch mijn domein afschermen? En: in welke mate mag een ziekenhuisbestuur kaders stellen en directieven uitvoeren? De specialisten vrezen dat bestuurders op hun stoel gaan zitten en de professionele autonomie inperken. Voor wat betreft de inhoud, de medisch-deskundige kant van het vak, kan daar geen sprake van zijn. Ik vind dat NVZ en de Orde de eigen posities en ambities ondergeschikt moeten maken aan het belang van de patiënt. Voor het eind van dit jaar moet de modeltoelatingsovereenkomst zijn aangepast met de aanbevelingen van Lemstra. Anders wordt het echt onacceptabel.

De voorstellen van Klink voorzien in de wettelijk te regelen mogelijkheid dat het bestuur aan de medische professional een opdracht kan geven. Hoe denkt de KNMG hierover?

Zo'n bevoegdheid moet je omschrijven en afbakenen. Dat is in Klinks voorstellen nog niet gebeurd. Het kan niet zo zijn dat een raad van bestuur de inhoud van de zorg bepaalt, of daar grenzen aan stelt met argumenten die het patiëntenbelang kunnen schaden. Ik geloof ook niet

'Ik vind dat NVZ en de Orde de eigen posities en ambities ondergeschikt moeten maken aan het belang van de patiënt'

dat bestuurders dat willen, maar je moet het wel aftimmeren. Een raad van bestuur moet vooral faciliteren, maar ook bevoegd zijn tot ingrijpen als de medische staf geen verantwoording aflegt, of wanneer kwaliteitsnormen niet nageleefd worden. Als specialisten op dit punt als enigen de dienst uitmaken, want ook dat is in menig ziekenhuis de realiteit, moet dat gecorrigeerd worden.

De minister wil zogeheten cowboys uit de zorg weren en de invloed van financiers op de zorg aan banden te leggen. Mee eens?

We hebben het natuurlijk over een markt die gereguleerd is en net op gang is gekomen. Dat Klink ten aanzien van investeerders en winsten grip wil houden, snap ik wel. We hebben uitwassen gezien, zoals bij Philadelphia en Meavita. Daar werd het geld over de balk gesmeten maar kwam niet bij de zorg terecht. Tegelijk erkennen we ook dat het oude stelsel niet meer werkte. De afspraak voor geregleerde marktwerking is nu eenmaal gemaakt, dus moeten we die koers ook voortzetten en investeerders niet afschrikken. Maar voorwaarden mag je wel stellen. Ik ben nu positiever over de marktwerking dan een paar jaar geleden, vooral doordat de patiëntbejegening is verbeterd. De zorg wordt steeds vaker vraaggericht rond de patiënt geconcentreerd. Er is, vooral bij chronische aandoeningen, ketenzorg op gang gekomen.

De KNMG heeft kritisch gereageerd op voorstellen van de minister voor verticale integratie, voor het samengaan tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Dat moet je niet wettelijk verbieden, vindt de minister, maar aan de markt overlaten.

Aanleiding was het plan van zorgverzekeraar DSW om het noodlijdende Vlietland Ziekenhuis over te nemen door er een coöperatie van te maken. De Kamer stak daar echter een stokje voor. Die is bang voor belangenverstremming als een verzekeraar eigenaar wordt van een ziekenhuis. De Kamer vroeg zelfs om een wettelijk verbod op fusies tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Dat vind ik te ver gaan. Je moet als Kamer niet op incidenten reageren en daarmee het schip van de marktwerking halverwege de vaart een heel andere koers opsturen. De KNMG is niet tegen fusies tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders, maar wil wel wettelijke waarborgen zien voor de keuzevrijheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.

U vreest dat het zorgproces anders in de klauwen van de verzekeraar komt?

Zou zeker kunnen. Een zorgverzekeraar wil de kosten laag houden om te grote premiestijgingen te vermijden. Voor de zorgaanbieder is het verlenen van goede zorg uitgangspunt. Dat is de balans die er nu is en die kan verstoord raken als de zorgverzekeraar met zijn geïnvesteerd kapitaal te dicht op het zorgproces gaat zitten. Dan gaat het om vragen als: mag het ziekenhuis nog wel andere zorgverzekeraars dan zijn hoofdfinancier contracteren? Zal de zorgverzekeraar proberen de eigen verzekerden te bevoordelen? Om te voorkomen dat de verzekeraar het zorgbeleid negatief kan beïnvloeden, moet je aan een integratie wettelijke voorwaarden stellen.

De KNMG vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars de langdurige zorg uit de AWBZ gaan uitvoeren. De staatssecretaris wil dat vanaf 2012 geregeld hebben.

De overheveling vanuit de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet is belangrijk voor de integrale zorg van ouderen en chronisch zieken. Deze zorg neemt verder toe. Er gaat 24 miljard in de AWBZ om en geregeld duikt twijfel op of dat geld wel doelmatig besteed wordt. Dat probleem kun je oplossen door de AWBZ als beschermd budget van 24 miljard, in de Zorgverzekeringswet onder te brengen. Daarmee maak je een einde aan het gesjouw langs allerlei loketten voor mensen die van de AWBZ afhankelijk zijn. Het Zorgkantoor en CIZ kunnen verdwijnen en het continuüm tussen cure en care wordt overzichtelijker. Minder schotten, meer zorg op maat en keuzevrijheid voor de patiënt.

Is 2012 te laat?

Mijn vrees is dat in 2012, als er na de verkiezingen een andere coalitie zit, drastisch bezuinigd zal worden. De grote overheidsuitgaven van nu om de recessie te verlichten, zal het kabinet willen terughalen. De begroting voor volksgezondheid zal niet worden ontzien. Reden waarom wij Bussemaker hebben gevraagd niet langer te treuzelen en de AWBZ-kwestie nog in deze kabinetsperiode te regelen. Lukt dat niet, dan is dat vervelend en moeten we als artsen zien hoe we met deze bezuinigingen op een constructieve manier kunnen omgaan. |